

UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)
FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

El cancer y sus adenopatías : tesis de doctorado

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Ignacio Sanz

Madrid, 2015

tesis de doctorado



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5313213964

α 53 882 847-X

Ilustre Tribunal:

Aspirando a la honrosa investidura del Doctorado, y teniendo necesidad de elegir entre las cuestiones de nuestra rama de las Ciencias Naturales, sin las dotes de galanura de dición que tanto color y relieve prestan, haciendo oportuno entresemejar de copiar lo que pudiera hacer constar algunas observaciones personales, tratando sobre asuntos que como el de cáncer, tuberculosis, etc., son siempre de actualidad, tanto por lo que a la humanidad fastigan como por los parentesis de oscuridad que encierran. Así que sin vacilar esculmo como trabajo de recopilación, apesar de lo despendido que por revistas y folletos anda cuanto comienza al cáncer, y sus manifestaciones, sino fundamentado en el interés que la presentación de ganglio o ganglios enfermos tiene en el curso de esta afección, determinados hasta lo poco por fatalmente numerosos a todos los aumentados de volumen, el período que cuando son de índole cancerosa marcan y limitan, el dato que para diagnóstico reportan en procesos císticos oscuros de suyo, su simultaneidad con la tuberculosis, y con otras infecciones purativas de localización indiferente, y la información que a este punto debe otorgarse, sirviendo de motivos para exponer en la tesis

que al competente ² mismo tribunal presente, las observaciones y estudios referentes al « Cauas y sus aduocados ». En el van las referencias convenientes para las restantes aduocados que pueden tener su aparición al mismo tiempo, especificando con respecto a las causas, cuales y porque debamos comprender como tales. Claro es que para el desenvolvimiento de todo ello necesario es en compañía de los adelantados en tal cometido ventajosamente, siendo muy laudable y deseable que ulteriores desenvolvimientos vengan a despejar las nebulosidades que la materia sujeta para bien del cuerpo, finalidad a la cual conducen todas las investigaciones y análisis



El cáncer y sus adenopatías.

Al enumerar el epigrafe que encubiera este trabajo, se piensa obligadamente a las dos modalidades de localización cancerosa que pueden tener su asiento o desarrollo en los ganglios linfáticos, según sea esto primitivo o secundario. La existencia del primero no ha sido establecida sino en una proporcionalidad muy escasa. Weber y Hunter 369 cánceres primitivos, reayendo en sujetos atacados de degeneración ganglionar y cuya autopsia pudo ser practicada, negada por algunos, fundamentan la crítica de la dependencia visceral hallada para determinados casos que tendrían su origen por de origen glandular linfático. Además de sus estadísticas productoras, deducimos en el transcurso de esta monografía las razones que pueden alegarse en pro o en contra de esta aduición, siempre dentro de lo que pretendemos por cáncer. Dejando aparte estas disquisiciones, los conocimientos de los unos de contributivos para los otros, y los ganglios cancerosos consecutivos son procesos por sí de suma trascendencia, en cuanto su conocimiento implica la posesión complementaria de tal morbosidad, fáciles por su frecuencia y bien conocidos de los clínicos, ellos guían su

intervenciones, no son tan repetidos ni tan frecuentes como pudiera creerse a juzgar exclusivamente por la anatomía microscópica y en el curso de la afección constituyen la fase invasora o infectiva como la denominó Wislizenow.

La palabra adenofratia, sinónimo de enfermedad glandular tiene acepción mas general y exacta que el término adenitis, indicador de inflamación, lo cual es un agregado, mas no lo primordial, por esto nos servimos de la primera para la designación de este trabajo.

Siempre con el apoyo de los hechos, evadiendo los raros y anecdoticos, seguiremos a pesar que se base en los experimentos, únicamente intercalados para dar idea de asuntos que no tienen todavía sanción definitiva, proponemos desarrollar el mencionado tema en el orden siguiente.

- I Concepto del cáncer e informe etiológico de su propagación ganglionar
- II Patogenia, Anatomía Patológica incluyendo los procesos asociados
- III Descripción sintomatológica y casos clínicos
- IV Diagnóstico
- V Pronóstico y Tratamiento
- VI Conclusiones.

I

Concepto del cáncer e informe etiológico de su propagación ganglionar.

Buena actualidad, la tan debatida cuestión de origen del cáncer prosigue en litigio, pero es necesario orientarnos, presentar, si bien conviscamente lo que por tal se entiende y a qué pueda deberse, en raras a ser el determinante de los trastornos que principalmente nos ocupan.

Como dato histórico acaso merece afrontarse la significación que entre los antiguos tuvo dicha palabra, llamando les la atención el aspecto que tomaban los tejidos limítrofes con relación a determinados tumores, y la forma ramosa e irradiada que el conjunto ofrecía, lo comparaban a una especie animal, del género de los crustáceos, de donde el nombre de cánceres.

En el transcurso de los ríes siglos las Médicas y etc. uniéndose a su poder proliferativo, generativo, o destructivo, se han comprendido distintas neoplasias dentro de esta acepción vulgar que la Anatomía Patológica en su desenvolvimiento se ha encargado de ir restaurando, y después de haber incluido todos los neoplasmas o copias de evaluación en ese sentido, conceptúan desde este modo los de extensión progresiva, recurrente, ya local, ya a distancia, los recidivantes, los epineurales, etc. que en con-

junto abarcan la mayoría de la clasificación tumoral, se consideraron como tales, autores modernos en el sentido clínico así los comprenden aquellos marcadamente invasores, epitelio-ma, carcinoma, sarcoma, linfo-adenoma, otros agregan el endotelio-ma, adenoma, neoplasias ordinariamente benignas y otros enfín, circunscribiéndose en el sentido etimológico no designaron más que al carcinoma, en resumen, sin señalar un límite que separe ya que no histología clínicamente, un grupo del otro, y es que los tumores benignos están relacionados con los malignos por una no interrumpida cadena de formas intermedias, tal como una por ejemplo que presenta caracteres locales de benignidad, forjados sin embargo metástasis.

Los estudios experimentales patogénicos de preparaciones e inoculaciones e injertos, han versado especialmente sobre el carcinoma, epitelio-ma, sarcoma, reunidos por algunos autores bajo el nombre de tumores histológicos, o histocarcinomas, y significando a los dos primeros como cancer de la vejez, y al segundo de la edad adulta. Convendremos en que estas especies no pueden ir separadas cuando se trata de discutir el origen de los neoplasmas malignos. Entre los restantes agregados a este grupo las hay, o poco caracterizados como funciones por ejemplo el linfo-adenoma, que por una parte se aproxima a las flegmasias infecciosas y muy poco a la neoplasia, además en sus caracteres his-

Los foliarios no hay nada de específico, sin trascendencia para los ganglios, como el adenoma, también mal caracterizado, aumenta o disminuye según causas múltiples, y si hay algunos peligrosos o invasores, no pueden separarse siempre, como dice Bérjot, del epitelio cilindrado como tipo. De individualidad poco concreta, benigno excepto el de producciones linfoideas, como el endotelio, o que solamente toman carácter autóctono o invasor cuando los mencionados carcinomatoideos se desarrollan en ellos lo mismo que si se generan o asocian elementos constituyentes de los mismos, por ejemplo los fibrosarcomas. Los traqueomas malignos son neoplasias epiteliales, aumentando alguno tenga carácter mixto. Es probable que durante la investigación continuada que de estas neoplasias se persiga, aponerse alucido el origen de alguna, y separada, forme capítulo a parte como ocurre con la actinomicosis: Ahora bien de las tres establecidas previamente podemos decir que entre las sarcomas los linfomas están frecuentemente respaldados, sin embargo de estar casi constantemente invadidos por los epitelios, y aun cuando la variedad melanica tiene gran tendencia a propagarse a los ganglios, la potencia de invasión en general es menos considerable, hay diversidad entre ellos, puesto se reducen y hasta desaparecen por tratamiento quirúrgico y por los rayos X según últimos experimentos de P. Kienbock,

Grossmann y Holsinger, aunque radiquen por lo que asientan
en órganos internos. La vía de generalización es principalmente
la sanguínea, como lo indican las metastasis fulminantes, y se
carecen de puntos de referencia para apreciar la marcha. Su
estructura y caracteres lo diferencian a perfección de los tumores
epiteliales, y acaso sea el único pontivo entre los tres como loca-
lización primitiva. Después de estos antecedentes, sin pretender dar
a ello una limitación precisa, y siguiendo a Autorizadas opi-
niones Médicas, considerará para nuestro estudio clínico todos
verdaderos cánceres, al epitelioidea, sarcomatosa, neoplasias frías
mente epiteliales, aduntadas que controversia bajo esa denominación
dejando a un lado los otros tumores que pueden alcan-
zar en particulares medios al ganglio linfáticos.

¿Que concepto existe en la actualidad de su origen abor-
dado en conjunto con el de los restantes malignos?

Aparece en primer término la cuestión de prioridad
de alteración celular que puede comprenderse en los dos extremos
siguientes, la malignidad es consecuencia de la separación acciden-
tal de un grupo celular, o esta manifestación es debida a ha-
berse alterado primitivamente las propiedades biológicas de ese mis-
mo grupo. La mayoría de los patólogos opinan en arreglo a es-
te último aserto, y parece comprobado para las células que se real-
izan ulteriormente neoplásicas. No entramos en referencias a las

9
nuevas hipótesis, todas ellas no son sino interpretaciones que
ninguna noticia suministran sobre la causa de virtud de la
cual se opera la transformación maligna.

Revisando los apoyos etiológicos se encuentran, facto-
res predisponentes buscados en la herencia, que solamente pue-
de adquirirse algunos ejemplos y cuyas estadísticas excepto las
de Velpaen y Dublin de sus católicas, en la alimentación que no
tiene mas que argumentos gratuitos, admitiendo la existencia del
germen inculcado no solo en animales que viven en la intimi-
dad del hombre, sino entre los que lo hacen en medio diferente,
como los peces etc. En la inflamación, irritación, y traumatis-
mos, elevada en parte bajo el nombre de teoría irritativa a causa
ocasional por Virchow, esta cuenta en la actualidad con las ma-
yores probabilidades, y finalmente la diatesis, en la que se presu-
me de que estas afecciones son primitivamente locales y curables
por extirpación, como arguye Delbet. La influencia del siste-
ma nervioso mediante la que se ha querido explicar la mefo-
rmosis, tiene en cambio el no tener los cánceres sino pocos o nin-
guno nervio, y que los de los nervios trifurcos conducen a hiperplasia
pero no a tumores. Lo mas probable es que se succedan varias con-
causas para su producción. Con esto dicho, queda pendiente el
problema patogénico el cual puede reducirse a dos principales gru-
pos de hipótesis que se disputan la razón o causa intrínseca. Bajo

cuya influencia se desarrollan los tejidos mesoplásmicos, 1.^{as} Teorías puramente histogénicas, 2.^{as} Parasitarias. Estas últimas continúan siendo la prole de la ciencia actual por el interés práctico que revestiría el conocimiento de un genuino procreador, no obstante las serias objeciones con que puede verse.

Entre las primeras citaremos la de H. Leeb, que ve la penetración accidental del leucocito en la célula epitelial, y produciéndose un fenómeno de copulación, venido de idéo estímulo y dar actitud proliferativa luxurante, siempre la otra que admitir cierta electividad y disposición, a parte de interpretar su similitud con el óvulo. La de M. B. B. B., atribuida a la separación secundaria y multiplicación rápida de una óvula de células epiteliales del tegumento continuo en que están situadas, siendo así que se continúan con las masas epiteliales en algunos tumores, y cuando la diferenciación es ya muy avanzada el proceso. La formación de pseudo-embriónes de Folieide o la de las células recubiertas de Colubellum, concediendo a estas un mecanismo potencia colectiva bastante para la formación neoplásica, siempre previo estímulo indeterminado que ven a sacarlos de sus tejidos, con sus experiencias medicadas a la demostración de una teoría que no tiene otro valor que el etiológico, y que para la producción epitelial está casilabando.

11
nada, la tendencia a confundir el tejido de los neoplasmas con los
embriónicos, basándose en semejanzas exteriores anatómicas mas que en
relaciones de funciones biológicas, he aquí en apretada síntesis lo mas
saliente del grupo histogénico. Quiero las células cianófilas de Cajal o
plasmáticas de Ehrlich cuya presencia constante en los neoplasias e
infecciones esta señalada, pasando a células o fibro-plastos adultos, por
virtud de un estímulo normal o patológico, contribuyan al esclare-
cimiento de este punto tan capital.

Por lo que tiene referencia a las parasitarias o parásitas,
puede decirse que giran alrededor de tres órdenes de argumentos, el conta-
gio, las inoculaciones experimentales, y la comprobación de gérmenes pató-
genos. Para la defensa del primero he citado varios ejemplos de
contagios directos, Gueniot cita 28 cánceres del pecho, cuyo medio
de contagio segun fue la cópula con mujeres que los padecian del
utero. Budd cita cinco cirujanos de Hospitales de cánceres pa-
reídos de esta enfermedad, y otros ejemplos como el de Beuson de con-
taminación profesional. Practicus Lusitanus, el caso de tres mu-
jeras que presentaron cáncer del seno, por haber dormido con
su madre atacada del mismo proceso, etc, etc. Siempre si vari-
siempre necesitados de un congreso múltiple de circunstancias,
y a esto se agregan epidemias aisladas, rarísimas que quedan en
sintredido sin contar con otras estadísticas como la de Demarquay
que contrarian en absoluto las primeras, y con los últimos experi-

recuentos negativos de Radium.

Las inoculaciones o injertos como otros los llamau-
no tienen espesor de contra-prueba, en los verificados sobre anima-
les de especies diferentes. Catin niega la transmissibilidad después de
realizados experimentos con un rigorismo inusitado, hasta entre ani-
males de la misma especie, apoyándose al positivo de Klenette y a
los casos que en Clínica se observan de reproducciones cancerosas en
tejidos indemnes, por heridas durante el tiempo operatorio. De to-
dos modos nunca sera un argumento sólido a favor de la doctri-
na parasitaria.

Confirmación de parásitos. Diversidad grande que
ocuparon sin número de páginas se han descrito atribuyendo.
les la causalidad de los tumores malignos, todos ellos pueden cla-
sificarse en tres categorías. Bacterias, protozoarios y hongos. Los tra-
bajos consagrados a las primeras son poco numerosos, reciente es-
ta el del Dr. Degen concerniente al micrococci neoformans que
puede ser una especie de estreptococo. Su descubrimiento no ha
sido plenamente confirmado. En el segundo grupo objeto de muchas
investigaciones, están como principales en estos últimos años la de
ello mas solicitada, la neomorfia del Dr. Rose, que a la vista
tengo, el cual da como resultado, que las formas parasitarias que
describe representan estados de evolución, ciclos evolutivos múlti-
ples de una especie de esporozoo, sin haberle sido posible obte-
ner, como era indispensable, inoculaciones de parásitos en el estado de

13
procesa, sirviéndose de cultivos por ejemplo. En de Plummer, sigue
de hacer constar por el número de cánceres observados, y por qué Jay-
lord y Feinberg todos ellos se esfuerzan en hacerlos valederos, queriendo
explicar mediante su biología las particularidades histológicas de la
neoplasia cancerosa, etc. Para no citar mas llegaremos al grupo de los
hongos, que ofrece bastante diversidad, según el Sr. Aro, hacia el ge-
nido de la clase de los ascomicetos, que daría lugar también a asfe-
nias mortales agudas y a síntomas inflamatorios crónicos, para los folios
de los blastomicetos, y para Pelula semejante a los micomicetos, no
puede ser mas un gran desacuerdo. Una última hipótesis reciente (1905)
de un parásito especial la del Sr. Kelling quiere atribuir la gé-
nesis cancerosa a células de animales inferiores, insectos gusanos etc.
en contradicción con la Anatomía Patológica.

En la actualidad no se comprende la reproducción de
estos gérmenes parásitos, unos ~~recurren~~ a obtener cultivos, por
lo que se requieren condiciones especialísimas según sus descubridores,
la morfología es insuficiente sin experimentación positiva. a decir
el poder invasor del tumor, y las metástasis se explican sin recurrir
a microorganismos por la virtud regenerativa de las células epitelia-
les, observadas en los diversos puntos de reproducción a distancia.

Resumiendo queda muy esquemáticamente por no

permitir mas extension la instalacion del trabajo, los fundamentos biológicos asi como las teorías que formando los núcleos tratan de demostrar el origen del cáncer, y que insuficientes hasta hoy han de continuar sus estudios por acubos vías, ellas entraron lo que es te acerca de este difícil concepto.

Cualquiera que sea la causa, específica o indeterminada, traumática irritativa, química o biológica, que determine la alteracion inicial de la célula o grupo celular epitelial, el crecimiento del tumor canceroso se opera mediante multiplicacion de estas células, y esta tiene lugar generalmente por segmentacion transviciencia del núcleo seguida de la division de cuerpo protoplasmaico, aun cuando esta puede no producirse y resultar células polinucleadas, y tambien por division disceta, sin haber llegado todavia a conocer su verdadera significacion en este ultimo estado.

En el carcinoma no tienen sus anillos epiteliales cemento de union ni filamentos comunicantes entre las protoplasmas, lo que les distingue a perfeccion de los epitelios, adhiriendose no mas que por su viscosidad y por contacto. Ambos tumores presentan micrograficamente las dos partes epitelio y estroma conectivo, esto debido a la proliferacion del tejido dectoides o conjuntivo subcutáneo en el epitelio, y tambien por irritacion pro-

diseminativa del tejido conjuntivo en el carcinoma.

15

Suposición etiológica de la propagación ganglionar

No es fatal, anunciando puede ser de una extrema frecuencia, la extensión del cáncer al sistema ganglionar en los individuos atacados de afecciones de esta índole. Sibley sobre 520 casos de carcinoma, ha notado 83 veces la ausencia de propagaciones ganglionares, natural es que el factor tiempo en que se observa interviene eficazmente para ello, en la práctica, y más principalmente en las cosas altas de facultad, estando viendo enfermos de esta clase sin tales manifestaciones, pero cuando se da lugar en el trascurso del proceso a la presentación de adenopatías, no se sigue que estas puedan ser por propagación de naturaleza cancerosa. Saupeault y Labbe del examen histológico en 34 casos de ganglios recogidos durante autopsias y operaciones en enfermos de cáncer, han llegado a las conclusiones siguientes, 18 veces los correspondientes al tumor eran cancerosos, 16 benignos, la importancia de este resultado es considerable así sin tender a generalizar en extremo. La distribución con relación al sitio, ^{varia} pues entre la diversidad de localizaciones encontraron atacados o no por dicho proceso en número variable, en la mayoría los no cancerosos, con manifestaciones únicamente de linfadenopatía ganglionar, otros deformados y alterados por infección sobrevenida.

No se pretenderá por esto aconsejar la limitación de las intersecciones, tratándose de ganglios asequibles fuidos por sospechosos, pero en la práctica ha demostrado Kieffel que las recidivas del cáncer del pecho se producen 93 veces por ciento en la cicatriz, y 5 solamente en los ganglios, no será tan fatalista la cifra de los atarados. Bemmer abandonó estos en la resección de un caso de cáncer intestinal, sin que 7 años después ofreciese recidiva, Langhans lo mismo, en un operado de Aobler, etc. En la Clínica se aprecian hiperinmobilidades con aumento de volumen ganglionar sin ser cancerosas, una vez que desaparecen por sí solas. No constituyen por lo tanto un hecho constante, necesario, fatal, ni tampoco de ser siempre a priori una contraindicación operatoria la presencia de ganglios o ganglios de tamaño asequible en un grado que es el normal.

La influencia del sexo para la localización del cáncer secundario en los ganglios no puede señalarse, depende más bien de la clase y variedad de neoplasia, y órganos en que radique. Si existe mayor proporción de casos en la mujer que en el hombre es ya debido a que es también mayor el número de los primarios en la primera que en el segundo, motivo, la preponderancia de los cánceres del útero y ovarios, pero no hay que olvidar que se

restringe ese exceso, si miramos la frecuencia de propagación de los labiales, linguales, y bucales y que en los de la mujer ocurre la muerte muchas veces por procesos intercurrentes, antes de verdadera generalización. Veamos estadística de Medoel sumando tanto los cánceres del útero como entre todos los que se originan en el hombre, a estos siguen los de la glándula mamaria en la mujer, y después los de la cavidad bucal, lengua, labios y en los varones. Con respecto a los del estómago, si bien su número es de consideración, se encuentran en paralelo aproximado aumento en ambos sexos. M. de Jovis en su estudio de recopilación reciente acerca del cáncer del intestino grueso dice, que además de estar formalmente comprobada en algunos casos la ausencia de hipertrofias ganglionares, éstas son siempre cancerosas, o no se son mas que en la zona mas vecina. Veamos esta estadística de Williams se consigue un hecho por ciento para los de la mama, alcanzando mayor cifra que en los restantes órganos, la producción de metástasis y ganglionares se aumenta.

No ocurre lo mismo por lo que a la edad concierne, siendo muy raro el cáncer en la infancia y adquiriendo mayor proporcionalidad en el adulto, se presenta la localización ganglionar en varón y mujer, mas frecuente cuanto mas jóvenes son los sujetos, es una verdad admitida que concuerda con lo que nosotros sabemos del sistema linfático durante la primera mitad de la vida, en que los gan-

18

glio reaccionan con una gran actividad contra todas las infecciones e irritaciones. Hay ciertos individuos que, aparte de toda acción debilitante que restaba al organismo venga a disminuir su resistencia, tienen cierta predisposición para presentar adenopatías, o linfoplasias ganglionares, con motivos que en la generalidad no se producen, y si se suman trastornos imitativos o de otra índole, particularmente de grupos o grupos ganglionares, como en la sífilis, la facilidad es mayor, de aquí la rápida evolución del cáncer ganglionar en los cánceros.

Hay que tener en cuenta, por cuanto la función de la glándula linfática interviene en la producción de una gran parte de las células linfáticas, y conocida es la cantidad de glóbulos blancos casi todos de la variedad voluminosa polinucleada que en los líquidos supuratorios en ciertos sujetos de temperamento o constitución especial, que no tienen antecedentes de haberlas padecido con anterioridad al manifestarse el cáncer, aun cuando existan antecedentes de causalidad abonados para ello, ¿que intentos pretenden dar a esto? Han intimamente relacionado con la nutrición en general y la linfogénesis en particular; pero que el cáncer no puede desarrollarse de manera que la fagocitosis lo elimine y supuración de esta como consecuencia? He interrogado bastantes enfermos de cán-

cer durante los cursos como alumnos y después como Médico, acerca de si habían tenido durante su vida Abscesos, flemones, forúnculos, etc. Figios enfín de alguna formación de pus, sin obtener mas que respuestas negativas. Esto ya en plena evolución del tumor no está en dis-
paridad con la investigación hematológica, si lo anoto es en cuanto puede relacionarse con el sistema ganglionar y sin pretender hacer un argumento en favor de causa o doctrina, histológica, que fundiera indefinir teorías.

La esclerosis sobre todo en los grupos ganglionares de la axila e ingle, positiva para los viejos parturientes, y tambien para los adultos, es factor integrante para la mas rápida evolución de la morbilidad cancerosa y que ha de contribuir con las restantes condiciones individuales.

Expuesto lo que tiene referencia al sujeto sea- mos ahora la influencia, mucho mayor de la clase y variedad de neoplasia y el sitio u órgano en que radique.

El volumen del tumor not tiene importancia, se puede aunque sea pequeño observar adenopatias múltiples y re- cíprocamente, uno voluminoso puede no dar lugar sino a algu- nas raras hipertrofias ganglionares pre-cancerosas o cancerosas.

La naturaleza de la neoplasia merece ser tomada en consideración, la mas rica en células epiteliales y con unos tejido conjuntivo va seguida con mayor rapidez de adenopatias, que

apenas si aparecen en el cáncer fibroso o escirroso, en que sus estrómas son barreras orgánicas. Los carcinomas se propagan en menor tiempo que los epitelomas, esto tiene su explicación en la histología del primero, debido a que sus elementos epiteliales están infiltrados en las mallas del tejido conjuntivo y en relación directa con el origen de los vasos linfáticos, en cambio es mas constante en los epitelomas, y entre ellos mas susceptibles de generalización los cilindricos. Además la vitalidad y aptitudes para proliferar de la célula epitelial hacen mas pronta la reproducción metastásica. Curtis afirma, que los cánceres de ciertos órganos invaden mas fácilmente a los ganglios, podria admitirse de una manera muy general por ejemplo, que los amigdalinos son mas autóctonos que los del esófago, esto es función de textura de las paredes, sitio, y relaciones linfáticas. Pero si conviene tener cuidado al examinar la neoplasia, no solamente la region o punto en que tenga su asiento, sino la probable mayor o menor profundidad que alcance, porque podria con tanta rapidez invadirse los ganglios superficiales como los profundos, y si agregamos la comunicación con grupos o linf. ra. alejadas, el peligro crece, y constituye una indicación de suma importancia; no debe nunca olvidarse del cancer mamario que los ganglios situados detras de la linguailla externa, reciben los vasos linfáticos internos de dicha glandula, ni a ser posible que estos

uocan al nivel de las partes supra y sub umbilicales, por detras de la pared abdominal en una parte, donde las lesiones cancerosas & su de produccion ordinaria, la importancia es por lo tanto extensiva para los procesos de este genero al nivel del peritoneo.

En cuanto a la epoca en que tiene lugar esta propagacion varian los pareceres mas o menos autorizados, toda una escuela podria casi enumerar, desde Fink, que supiera a colocarlo entre el 6° y 12° mes hasta Delbet que lo hace entre el 11° y 18° no sin tener en apago a Gusseubauer, Gross, Kiister etc para revelarla como una proeza de lo que se cree habitualmente. Es en especial al estudio del cancer de la glandula mamaria y b. ca, es decir externos, los que suministran las nociones clasicas sobre la materia, porque en lo que atane al de las visceras, como casi siempre el primer periodo de su evolucion es latente, hay dificultad de resolver sobre su principio, escapando las adenopatias profundas que ocasionan al examen clinico. Carle y Fautino (de quimurgia del cancer del estomago 1898) en 16 resecciones han encontrado cuatro veces ganglios no cancerosos, Guinard lo mismo en cinco del angulo del Polos, etc.

No haremos mas extencion de estadistica, ademas que en todas ofrecen datos aprovechables en razon a su diversidad.

de abarcamiento; las condiciones individuales influirían en la ²² localización primitiva de poder presentarse, estas y mas principalmente las del tumor en la secundaria, si que puede decirse que las propagaciones al sistema linfático no deben tenerse siempre por fatales, ni por precoces.

II

Patogenia y Anatomia Patológica incluyendo Los procesos asociados.

Los ganglios o glándulas linfáticas no vienen a ser mas, que espacios lagunares o senos, compuestos de tejido adiposo e intercalados, relacionados intimamente con el sistema tubular de los conductos linfáticos. Perciben un grupo de vasos por uno o varios puntos de su superficie, y emiten un segundo grupo por el extremo opuesto, a los primeros se las denomina aferentes, y a los segundos eferentes, estos son menos numerosos pero mas voluminosos que los anteriores, y el sitio por donde salen del ganglio, acompañados de mas o menos vasos sanguíneos, recibe el nombre de hilum, que se representa por una depresión algo acentuada.

La mayor parte presentan las dimensiones de un guisante algo prolongado, los mas gruesos no exceden del tamaño de una aceituna. Su estructura es couada, lleva abstracción

de la capsula fibrosa y sus prolongaciones, podemos decir que el ganglio linfático es tanto en sus porciones medulares como en sus porciones corticales se compone de dos sistemas, el folicular y el cavernoso. El primero afecta la forma de masa globulosa en la capa cortical, y de cordones anastomosados en la medular, su constitución esencial es de tejido conjuntivo extremadamente delicado, en sus mallas se contienen vastos de células linfáticas. El sistema cavernoso lo representan espacios tabicados que separan la sustancia folicular, ya de la capsula fibrosa ya de sus prolongaciones. Estos espacios están tapizados internamente de un revestimiento endotelial continuo que los separa, por una parte de los tabiques fibrosos, y por otra de las células linfáticas del folículo (Testut.)

Solitarios como el ganglio preauricular y el tibial anterior, aunque esta disposición es relativamente rara, ó acompañados formando hilos ó grupos, que es lo mas general, se sitúan en el trayecto de los grandes troncos vasculares. Su papel en la circulación es el de circular por ellos la linfa, siendo productores de un gran número de glóbulos blancos ó leucocitos.

Veamos como y que ocurre en la generalización del proceso cavernoso. El cuerpo linfoide y anastomótico a los que siempre nos referimos tiene la propiedad singular de poder llevar el lin-

parte de sus células epiteliales a órganos que normalmente las
 constituyen, o al menos del mismo tipo, son en esto sui-generis, ver-
 daderamente ectótipos, pero así como en las sanas el carácter em-
 brionario estriba en el grado de desarrollo de sus células, en el
 cáncer es dependiente de las relaciones de las células con el tejido in-
 juntivo. De aquí otra circunstancia especialísima. Ahora bien, los
 vasos linfáticos encontrados en los tumores forman en el epitelio-
 ma una granoma un papel especial, debido a que los alveolos de
 este están en comunicación directa con aquellos, y lo mismo los con-
 ductos o conductos del epitelio, y por esta vía se establece la difusión
 y propagación de las células celulares. Esta demostrada esta
 comunicación mediante las injecciones de azul de Prusia, y este
 es el camino que siguen los elementos epiteliales, según acuer-
 do de los his tologistas, con tanta facilidad para ir a infectar los
 ganglios. Algunas veces son frangidos y pasan los células.
 Unidos elementos a la sangre, porque también pueden propagarse
 por los vasos sanguíneos a modo del sarcoma, si bien esto es ra-
 rísimo, o las células cancerosas sacadas por los capilares al ni-
 vel del tumor primitivo, pueden ser transportadas desde allí a un
 punto cualquiera de la economía.

El elemento epitelial llega al ganglio por el medio
 general apropiado el vaso linfático, lo más frecuente es que pare-

sin dejar vestigio, pero no siempre ocurre, en ocasiones se dirige sobre la pared, con mas ó menos proximidad á la glandula y se pone á proliferar produciéndose un verdadero nódulo, otras una verdadera linfangitis cancerosa y percibiéndose el vaso bajo la forma de cordón indurado, en fin otras veces, unidades en que por escalona uniendo se va guiando hasta las glandulas mas inmediatas; tambien se forman al rededor del neoplasma primitivo una serie de pequeños núcleos secundarios, embolias linfáticas. Afortunadamente estos núcleos son pocos, y el vaso canal emigrante queda indemne, siendo origen solamente al brote ganglionar.

No debemos omitir el que la glandula pueda estar atada mediante trócano peri-alcuitio canceroso, llegando á la destrucción en mayor ó menor parte de su capsula, es muy excepcional, lo etiológico es que en casos similares se deba á agentes de otro índole.

Fácilmente se verifica el que la hembra ofocente, la primera manifestación de generalización, se produzca en el ganglio ó ganglios mas próximos é inmediatos al sitio del tumor, sucede como en algunos casos de infecciones, que la metástasis se origina en otros alejados, pero llega á mas todavía, la linfa con los agentes epitelio-matrosos se estanca en los cayados que forman en la vena del mediastino el canal torácico y la gran vena linfática.

fica, antes de confundirse con la circulación venosa, y desde allí los ganglios supra-claviculares, pueden sufrir una invasión retrógrada por sus vasos aferentes, troncos extremadamente cortos que colocan a dichos ganglios en relación casi inmediata con la cavidad de los cauales. Aflejendo al conducto torácico las tres cuartas partes de los linfáticos del cuerpo humano, y siendo su situación izquierda, pueden sobrevenir mas fácilmente las manifestaciones en este lado.

Ultimamente el Dr. Feindel (de Holanda) en este último año, y a propósito de la tuberculosis pulmonar, significó los contagios de las glándulas linfáticas para-aórticas o pre-aórticas en algunos casos, al igual de las tráquea bronquiales, sin existir ninguna otra de las del abdomen. E inversamente, no contaminarse aquellas en otras inflamaciones y procesos del intestino. Algunos autores, agrega, del cáncer de la lengua, y la existencia de un pigmento por su mismo no hemorrágico e induricio al de los ganglios de la tráquea y bronquias, apoyan la propagación por vía linfática, añadiendo, que dicho pigmento nunca se ha encontrado al rededor de los capilares a través de cuyas paredes únicamente puede emigrar. Espliega el contagio bajo la influencia de la respiración intratorácica, aun cuando no haya un valor fijo, infiltración de las paredes torácicas, y la tos, que vendría a iniciar dicha comente. Todo esto no constituye en verdad en la práctica sino la

27
los aislados, pero puede deducirse cuanto lea de varias el prestigio
con todo lo expuesto, en ello juegan papel importantísimo las
relaciones linfáticas con los diversos órganos, el retardo, la estancación
hasta la corriente retrógrada de la linfa admitida por Nestlin
(glandula), de todos modos el ganglio siempre contramarcha e impide la
extensión del mal, es un órgano protector enfrente de la invasión
cancerosa, al igual de las infecciones.

Hay trastornos de estas glándulas que no pueden ser
atribuidos en buena razón patogénica a la acción directa de las cé-
lulas cancerosas o epiteliales venidas por embolia, porque es preciso,
y precede a la aparición de los citados elementos específicos, ello da
lugar a presentarse ganglios vecinos al tumor de volumen variable,
descritos por Engel, Soupault y Labbé, que apenas llegan
a igualar a los cancerosos primitivos y que por sus caracteres histó-
lógicos se está en el derecho de considerarlos como funcionalmente
disfuncionados, porque así se encuentran sus centros generativos y
fisiológicos a producir numerosos leucocitos, y como se sabe
en efecto que los ganglios resisten a la acción de las toxinas,
esta irritación será debida a los productos tóxicos segregados por el
neoplasma, siendo acaso un fenómeno de reacción activa no
específica, una alteración pre-cancerosa o para-cancerosa.

La flogocitosis que se manifiesta con tanta ec-

Existencia en las vias linfáticas en el curso de otros procesos infecciosos, ¿se ejerce también influencia de la infección cancerosa? No está observada, acaso por no haberla podido sorprender, para lo cual sería mejor que se recayera la observación a la conducción por los linfáticos de los gérmenes epiteliales.

Anatomía Patológica

Caracteres macroscópicos del ganglio canceroso: Tienen volumen excesivamente variable desde el insignificante a uno gigante por hallarse solamente contaminado, hasta el marcado por una hipertrofia considerable, en ocasiones con destrucción completa del tejido de la glándula. Respetados al principio en su forma, van modificándose a medida que el proceso continúa su evolución, de forma más o menos según la transformación por preponderancia en un punto o en otro, o inmoviles y reunidos entre si mas tarde, cuando la penediencia se presenta. Llegado este caso constituyen masas irregulares, duras, hasta fibrosas, o reblandecidas y muy friables, adheridas a la piel, vasos, nervios, u órganos vecinos que ellos comprimen, irradian o ulceran, y que a veces son bien difíciles de distinguir. El corte el tejido es blanquinceo o blanco rosado en toda su extensión, o una parte solamente, dando por raspado o por presión, cuando se encuentran reblandecidos, un jugo espeso y viscoso en células y si muy blandos, una masa pulposa roja.

No hay para que conseguir ni detallar que las degeneraciones son tan dables en ellos como en los tumores que les dieron origen.

Caracteres microscópicos: La inspección histológica varia en resultado segun el grado mas o menos avanzado de la invasión cancerosa, y por lo tanto del grado mismo de reacción con que el tejido glandular responde; cuando se encuentran a veces diferentes grupos ganglionares podria seguirse la marcha en graduación creciente, acompañada de sus estados intermedios, y con objeto de no incurrir en repeticiones, relatare las lesiones de sus fases iniciales a las extremas para la mayor puntualización.

Las células epitelio matoras apostadas al ganglion, disponiendo de una vitalidad muy enérgica, penetran en la capsula fibrosa mediante el linfático vector, des pues de haber atravesado la corteza o capsula externa y glandular quedan al principio en la region del seno sub-capsular, acumuladas, multiplicandose, y sufriendo un deterioro no momentaneo en su invasión gracias a la delgadez de las mallas trabeculares. Para el Dr. Grandmaison seria el folículo el primer atrinco, para otros autores el milium, por representar, como es natural, asi puede colegirse, sobre todo en la parte medular, la última etapa de resistencia. Amontonadas las células y en actitud muy proli-

perante, dan lugar a la formación de un nódulo que se introduce en el interior del ganglio, reabsorbiendo los elementos que encuentra a su paso y determinando una viva reacción en el tejido conjuntivo, el cual se hiper-plasia para conducir a la esclerosis. Atendiendo a la ley general, enunciada por los doctores Coriell y Rouvier, la cual pretende que los ganglios linfáticos sufren la transformación fibrosa antes de dejarse invadir por la degeneración cancerosa, no tiene simultaneidad la acumulación epitelial con la defensa que los retículos del ganglio ofrecen a los extraños invasores, lo que se observa en ciertos casos, que la esclerosis no es contemporánea de esta afección, sino anterior, por trastornos nutricios que han dejado su huella en la glándula.

El tejido escleroso se condensa alrededor de las células epiteliales, y a pesar de su multiplicación han disminuido por un lado el número y el tamaño de las células, y por otro lado, a pesar de su multiplicación, astringiendo los elementos invasores, desapareciendo la lucha no es mas que temporal y acaba por vencerse. La causa principal que ocasiona la resistencia de la trama conjuntiva reside en el mal estado de su nutrición, los vasos sanguíneos obstruidos no le llenan sino en cantidad insuficiente el líquido nutritivo que aseguraría su vitalidad, así se aprecian en ellos numerosas trombosis. Como a veces que las

células epiteliales se diseminan muy rápidamente por las ³¹ vías intraganglionares, y el órgano está alterado en todas sus partes a un mismo tiempo, si bien esto ocurre con mayor dificultad por el obstáculo ya referido de las mallas trabeculares.

A las alteraciones más comunes de periferia se siguen las del seno interfolicular, y desde allí el canceroso, gracias a las relaciones íntimas que unen los senos interfoliculares, la ganga reticulada está bien pronto invadida, y así tanto más pronto los folículos los invade de fuera hacia adentro, y que avanzando son destruidos progresivamente. Nada queda después, siendo necesario ver rastros de linfocitos para investigar la estructura primitiva de la glándula en cuestión. Nunca deja el ganglio de oponer la reacción esclerosa como medio de defensa, limitando así cierto tiempo la extensión del cáncer, si bien ella no alcanza siempre un alto grado.

En resumen, bajo la influencia del desarrollo primitivo neoplásico se ve reproduciendo el tumor primitivo, el tejido reticulado se condensa, se transforma, y suministra la trama del cáncer, lo epitelial la actividad de origen. Estas células son de la misma clase y tipo como se deduce que las del neoplasma primitivo.

Por eso es eso solo, Brault en estudio del año 1899 ha especificado, tratando de la investigación del glicopero en los tu-

muertos, que las masas secundarias de los epitelios mas y canaliculares ⁸² ex-
tienden colonias nuevas en los organos, y los ganglios son extracela-
mante y progerminal, mas que en los tejidos condales del embrio. Para
ponerle de manifiesto se ha servido de la reaccion por el iodo.

Sabiendo es que el glucogeno no se encuentra en el adulto
mas que en el hígado y en los intestinos, con intermitencias por otra par-
te, mas constantemente en los cartilagos y fibro-cartilagos, la mayor
parte de los organos no le contienen. Brault ha demostrado que en
las formas vegetantes y generalizadas de los neoplasmas, forma
esta función glicogénica una intensidad extraordinaria, y segun sea
intensa, mediana o debil, asi la marcha del proceso sera rápida,
regular o lenta; ellos aseguran su elaboracion, lo disminuyen lo uti-
lizan y lo renuevan, segun sus necesidades. Solo ciertas inflama-
ciones agudas muy particularizadas provocan la glicogénesis en las
células linfáticas y en las infecciones de marcha lenta el tejido de
reaccion no contiene glucogeno, y en las sobre agudas no solo no apa-
rece en ningun punto sino que abandona los organos que le con-
tienen normalmente. El cancer conserva pues al generalizarse las
propiedades biológicas asi como sus caracteres histológicos de te-
jido en via de desarrollo, pero de tejidos mostruosamente desa-
rrollados.

No siempre la lipofthopia de los ganglios en los en-
fermos cancerosos tiene por causa la invasion celular desde el foco
ni los productos tóxicos del mismo, porque puede ser debida tambien

a los microbios pútridos o al tan específico bacilo tuberculoso etc.
 reiterando a este fin lo expuesto en el informe de etiología. A la vez
 estos trastornos pueden asociarse a la alteración primitiva concurra,
 no existiendo el antagonismo como ha patentizado Claude, por
 opusculo, entre el cáncer y la tuberculosis, especialmente se ha re-
 tratado para el del estómago entre los internos como lesión de ori-
 gen de estas infecciones, (Adlard 1874, Henard de Jessie 1896, etc.)
 pero ya tienen buen cuidado y en su estudio reciente Lacapelle
 y Gabbé de probar, que solamente los ganglios pueden sufrir
 cuando la infección reviste una intensidad muy considerable, ca-
 sos bastante raros agregan (pero que a mi modesta observación
 conviene no le véalo todavía con verdadera suppuración), por
 que lo general es que se contengan en un volumen igual al es-
 tado de la bértha fía funcional, o que contribuyan a producir la
 inflamación de la zona periaductiva, adhiriéndose los unos a
 los otros. En la simultaneidad de procesos y trastornos, a la vez
 que la invasión de las células pituitarias, se observa la trama
 reticulada con mayor extensión, los folículos aparecen peo li-
 mitados, aminorando sus centros germinativos, las células fijas
 del retículo se hipertrofian y transforman en gruesas ma-
 crófagas, y los leucitos invaden los senos subcapsulares primarios
 interfoliulares y caervosos des pues, sino en la totalidad del

ganglio al menos en alguna de sus partes. Cuando es debida al bacilo tuberculoso, bien llega penetrado al nivel del cáncer mismo, (Pilliet, Claude, Baumgarten, etc) o por otra vía el pulmón por ejemplo al principio a los ganglios del hilio, después a los restantes, la existencia se revela por el folículo tuberculoso, solo o asociado a otros vasos, mediante confluencia de sus células cubiertas, bien en el período de germinación, o reblandecidos y caseosos; en otros casos la alteración es general en toda la glándula, y queda destruido el tejido ganglionar. De igual modo que en la etiología, en la sección patológica y anatomopatológica no hemos podido referirnos al cáncer primitivo ganglionar (epitelioma y carcinoma) por la primera tenemos el precedente estadístico de Weber, que aun entre el conjunto mismo de cánceres ganglionares primitivos asigna casi todos al linfo-adenoma sarcoma, esto sin retroceder los análisis de Mallin y Fovissier que han hallado dependencia a algunos que se formulaban como de origen glandular linfático. Después de las segundas referencias patológicas y microscópicas, cabe considerar como descartado de naturaleza a esta primera hipótesis, si la hipótesis del origen conectivo de las células cancerosas está hoy casi abandonada o del todo; y los epitelios de origen

meso dermicos, dan lugar a tumores de tipo endotelial, endoteliovas-
culares y fibrosos, no cabe racionalmente admitir que las ci-
lindras epiteliales abandonadas en estado normal adquieren su facul-
tad proliferativa reuniéndose en el ganglio al ser llevadas por la co-
rriente, sin haberse ejercido en el tejido apropiado de donde proce-
den. Nos referiremos en lo sucesivo al cáncer secundario y a gliomas.

III

Descripción sintomática y casos clínicos.

Forma de disposición sencilla y nada complicada en su
funcionalidad, hasta de patología poco numerosa, el sistema
linfático no proporciona esta serie de síntomas de resonancia de los
graves aparatos orgánicos. A sus trastornos locales, mas ó menos pa-
toquomónicos se agregan en algo los de la resonancia en general,
porque nunca deja de manifestarse el consenso en un hipocritismo.
Este principio de evolución latente es que el gan-
glio se encuentra primero primero tal vez por el jugo cálsico-
to o toquinos, de la neoplasia tumoral y después por la celi-
las paratónicas epiteliales que no de otro modo paducidos llaman-
les, para con desaparición. Cuando los ganglios sufren la li-
foplasia aumentada entonces empiezan a notarse caracteres

apreciables en los superficiales, de difícil comprobación en los profundos. Tanto unos como otros pueden dividirse para la descripción en dos órdenes de adenopatías directas y a distancia, teniendo en cuenta para la mayor claridad las dos clases de linfonos, según sean consecutivas a cánceres externos o internos.

El tumor epitelial que teniendo su desarrollo en los labios, lengua, amígdala, glándula mandibular, glándula, etc. de estos sitios o nacen en algunos casos, con o sin ulceración, sin sufrir modificaciones aparentes, y cuando el enfermo está comprobando el crecimiento por insensación para esperarse, o esperando hacerlo, presentan habitualmente bajo la forma de tumor. Ello es andadera, como se le conoce vulgarmente, lo adenopático en el grupo ganglionar más próximo, bien parotideo, submaxilar, digástrico, axilar, cervical etc. dibujando un saliente bajo la piel o solamente perceptible a la palpación, de volumen variable en ocasiones llegan a alcanzar dimensiones algunas veces hasta el de un huevo de paloma, mayor que la inflamación inicial, o queda en tamaño reducido, ello depende de las circunstancias etiológicas.

Que general son aislados, móviles bajo la piel, sobre los órganos profundos, al ser impulsados por los dedos del operador o médico. A veces están los considerables oportunos a

época y frecuencia de presentación, lo corriente es transcurridos algunos meses, cuando la neoplasia ha tomado incremento. Pero el carácter de crecimiento y estabilidad en el volumen es atributo de las cancerosas, por que tanto las linfo-adenomatosas, sarcomatosas, e infecciosas, pueden ser aminoradas bajo influencias de tratamiento.

Al tacto dan la impresión de densa, pétria o pétrosa, indicando que los ganglios están fibrosos, y se encuentra este signo físico hasta en los cánceros, de lo cual hallarse destruida hasta la cápsula. No son dolorosas pues si bien por adherencias y englobos sucesivos pueden dar lugar a hiperestesia y dolores, son debidos a que han formado paquete voluminoso o que al aumentar de tamaño cooperan con su situación especialísima, así se comprueban en clínica las neuralgias intercostales, del braquial interno, etc.

La coloración de la piel no está modificada en este primer período, ni los tegumentos alterados a su nivel.

Son coexistentes con estas alteraciones en un número de casos, algunos abultamientos en la trayectoria de la lesión tumoral, hasta la glándula linfática, o apenas unos cordones de linfangitis cancerosas raras o menos importantes de los vasos aferentes o eferentes. Estas participaciones no modifican la reacción general ni local de las infecciones, y ofrecen un dato pa-

ra la contra-indicación en la intervención, por la difícil
tad en limpiar campos estenos donde las recidivas alcanzan las
mayores posibilidades de efectuarse.

Esta fase descripta, precedida con trastorno primario
poco determinado, es cuando da lugar a las adenopatías
casi puras de su interés. He aquí una historia clínica
entre otras que fuéramos trasmitir aduciendo por su especializa-
ción, y recogida para el estudio, en la, Sala de San Virgilio en
el Hospital General de Zaragoza Clínica del Doctor Gaxiain.

N. N. Sufrimos de 42 años de edad, soltero, na-
tural de Zaragoza, profesión jornalero, temperamento lí-
mpido nervioso, conformación buena, constitución mediana de
estatura, ~~no~~ **monigredas** según referencia, no ha padecido esas
enfermedades que las propias de la infancia. Antecedentes fa-
miliares sin importancia. Principio el padecimiento actual en
junio del 1902 por una ulcera con rebote pequeño e irregu-
lar en la aleta izquierda, que ha ido aumentando. Des-
pués de unas repetidas se presentó un abultamiento de la
de la mandíbula inferior, en el mismo lado, decidiéndose en-
tonces por acudir a la visita e ingresar en la Clínica. No
habiendo se observó ulceración tan grande que se extendía al velo
palatino, engrosada sus bordes, cubierta de un cubado pulposo

grisáceo. Como trastornos funcionales, disfagia y ³⁹disfagia. Adenopatía subcapilar dura, móvil, indolente, y no adhe-
rida, que fue corriendo paulatinamente con ausencia de focos nuevos
generales, locales periféricos. Salio de la Clínica en Octubre;
Dirigido: Epitelionoma de la amígdala y seno del paladar, con
adenopatía cancerosa. Falleció en Buenos de 1903 a los pocos días
después de volver a ingresar en la Clínica, con la adenopatía sub-
capilar poco más acentuada, tendencia a la ulceración de la piel,
y con metastasis extendidas a los ganglios carotídeos. En la au-
topsia al corte dieron los ganglios caracteres cancerosos.

Juicio clínico: El tumor ha revestido la propiedad autocto-
na en su mayoría de las neoplasias mucosas, cancerosas, amigda-
linales, e insignificante por apariciones en su principio ha dado lu-
gar en ausencia de antecedentes sífilíticos, a base de una gran
fía, que, anunciando no sean las glándulas linfáticas sub-
capilares mas apropiadas para esta última enfermedad, co-
mo manifestación tuberculosa cabido duda si la formación de pla-
cas, abscesos, infartos inguinales, etc. hubieran existido. Por
su duración y trastornos generales, sitio, etc, no podría pensarse
en lo tuberculoso, ni por los de región local en las inflamaciones
específicas o no, quedaba la cuestión reducida difícil en verdad para
esto primer punto, entre la esclerosis y el cáncer, pero aquella en
general hubiera sido acentuado a la afección, no tiene estrechamente la

40

Alando evolucion gradual, ni altera el volumen de las neoplasias, queda siendo pequeña, y el trastorno bucal en buena lógica indica al diagnóstico de ganglioneuroma. Tampoco habita en este individuo trastorno separativo de ningún género.

Como se deduce de lo expuesto este desarrollo latente del priapismo ofrece dificultades para su diagnóstico que son geminas de la naturaleza y papel del órgano.

Trascurrido algún tiempo, mayor para el cáncer de la piel que de las mucosas, los gangliones entran en otra fase o periodo estando mas o menos destruidos en su textura, y desintegrada en parte su capsula fibrosa, se traduce al exterior por fisuras o ranuras ostensibles, verdad es que esto coincide generalmente con un avance de la lesión y una agravación del edema que se encuentra unido por el cáncer, y en verdadero estado tísico. A veces el fomento desecante llega a ser que pasa del primer periodo o modalidad, porque la neoplasia creciendo en órganos importantes, de potencia grandemente tumoral, ha dado lugar a la muerte por hemorragia, obstrucción, u otro trastorno intercurrente.

Si esta aislado se forman adherencias, que originan masas deformes, mayormente aumentadas si se trata de dos tres etc ganglios conjuncionados o englobados. Los tejidos circundantes se frían la infiltración e infiltración, esta puede llegar a las-

41
ta la piel que se ulcera en forma irregular dejando ver un fon-
do granugiento y grisáceo de mal aspecto, del que se desprenden de-
tritos y volúmenes de tejidos acompañados de supuración, cresta
si existe, según la parte que en ella tiene la inflamación. Mas que
lo influido por los microbios saprógenos. Frecuentemente la ul-
ceración está escavada, y si ha sido algo acentuada la desinte-
gración celular, llegase a distinguir una cavidad anfractuosa
e irregular; pero así como en ciertos esquistosomas de los tumores y
en los de la piel existen de trecho en trecho unos cuerpos espi-
nosos brillantes, estratificados, constituidos de células epiteliales,
variando el estado de estos cuerpos en razón del tamaño y estado
evolutivo, también se les encuentra en el ganglion edematoso, cla-
ro que sin el grado de esas formaciones esquistosomales antiguas en
quios y lobos alcanzan hasta de gruesos granos opacos. Todo
esto se hace a la vista mas o menos patente, atendida la consi-
deración del plano anatómico-topográfico que la glándula lin-
fática ocupa, la exteriorización de los ganglios inguinales super-
ficiales por ejemplo, que únicamente están recubiertos por la piel,
ha de ser mucho mas factible que la de los profundos sub-apo-
fisiológicos. — Véase la historia Clínica siguiente que refleja dichos

Trastornos. Sala de San Virgilio en el Hospital General de
Zaragoza Clínica del Doctor Gascón.

N. N. de 57 años de edad, casado, natural de Alquer-
ta de Bjarque Teruel, profesión jornalero, temperamento no mar-
cado, conformación buena, constitución mediana. Entre sus habi-
tos o costumbres puede mencionarse el uso parvo de bebidas alcohó-
licas. Sin haber padecido enfermedades excepcionales de algunas he-
ridas insignificantes, que no diere pie, pues tampoco las tuvo
durante su vida proceso supurativo de ninguna clase. A continua-
ción de estas heridas formábansele acúmulos (infartos - ganglio-
nos) en las axilas, el enfermo no recuerda sino que desaparecían
por sí solas. Antecedentes de familia sin importancia. Consumos
sin patología. Sufró hace dos años el 1901 por una placa en la
mejilla derecha, que se extendió ulcerándose y costó trayendo una
sempresue repetida, esta ha ido invadiendo el carrillo progresan-
do algo en el fondo. En la actualidad se ve la ulcera irregular
grande, con alguna costra adhienda, y manchaes carnosos que
sangran fácilmente. La adenopatía submaxilar y correspondiente
a la cervical, ambas derechos son de fecha de un año, habien-
do venido por segunda vez a la Clínica al presentarse tan gra-
ves los caracteres de esta segunda afección. La piel que recubre la

43

submaxilar debajo del borde de la mandíbula está ulcerada, dejando ver un fondo carioso, con bordes irregulares, sin supuración, dando de tiempo en tiempo algunas hemorragias. La cervical no está sino en la primera fase, dura, muy bien limitada, sin carácter inflamatorio, habiendo tardado algún tiempo en seguir a la submaxilar. Diagnóstico: epitelíoma de la mejilla. La adenopatía más directa submaxilar no ofrece duda para el diagnóstico, la cervical da de nuevo sus caracteres a fuer de como tal, pero lo saliente del caso son esas referencias de las apilares que el enfermo ha padecido después de traumatismos por condiciones individuales, sin presentar las típicas fenómenos infecciosos, si bien fuese aparentemente.

Otros síntomas se agregan funcionales y de relación según la proximidad o contigüidad. Cuando el cáncer ganglioso directo es consecutivo a otro interno y visceral, reviste una frecuencia que en los externos, y si bien tienen la valoración de extensión nunca el de las superficiales, cooperando no obstante al diagnóstico y a la información operatoria, están sanguiñosos y neurálgicos por compresión, flegmasias, o presiones hasta la ulceración de vasos sanguíneos por contigüidad, y otros trastornos por su unión con los órganos vecinos o sea a manera de blo-

que altera la disposición. Natural es que las Demas adenopatías pueden también originarlos. Remiendo a propósito, y no relato historio clínica por ser un síntoma aislado de enfermo particular que no puede continuar la investigación y el curso de los acontecimientos, una adenopatía apilar izquierda sobreviniendo a continuación de un carcinoma de la mama que produjo dolor aumentado, mayor en la adducción del brazo, irradiado desde el hombro hacia la muñeca y mano del miembro torácico, y debido a la compresión del nervio braquial cutáneo interno, por el sitio de asiento.

Conde estas compresiones y alteraciones por contigüidad revisten un interés grandísimo es en las adenopatías del mediastino, por el número de órganos contenidos y su importancia, llegando también en ocasiones a observar la deformación de la zona afectada por la simple inspección.

De las dos regiones en que se divide el mediastino la inferior o cardíaca, y la superior o supra-cardíaca, el sitio de predilección de las adenopatías es esta última, la cual se extiende desde el esternon al raquis, y comprende dos planos como sabemos, uno anterior o vascular, en el que se encuentra la vena cava, las venas braquios cefálicas, la aorta y las arterias que nacen de ella, la arteria pulmonar y las venas pulmonares, y otro posterior que contiene además del tráquea los bronquios y el esófago, los nervios

pneumogástricos, y los recurrentes. Si las adenopáticas se hallan en el plano anterior predominan los fenómenos de compresión venosa, porque las arterias móviles y mas resistentes, se libran por lo general de la compresión, y se distienden casi siempre, de todos modos pueden ser comprimidas mas singularmente la arteria pulmonar o sus ramas. Cuando ocurre en las venas un trastorno de desarrollo de circulación colateral, edema y varicosis de la cabeza, del cuello, y de los brazos, no hay coraje ni accesos de sofocación, elevase algo el punto esternal, y las estremidades claviculares, y la percusión indica en este sitio una mancha mas o menos cística. Cuando las adenopáticas ocupan el plano posterior, la disnea es mas fuerte, desde el principio, intermitida por accesos de sofocación debidos a la compresión de los pneumogástricos con tos que puede ser violenta, tambien por accesos, puede haber ruidos tracheal o bronquial, tal vez soplo interescapulo vertebral, o hasta coraje indicador de la estrechez de la tráquea y de los gruesos bronquios, rouquera o afonia por alteración del nervio recurrente y alrededor de la pupila por parálisis del simpático cervical. Estos trastornos se suman en mas o en menos segun la cantidad adenopática. La compresión del nervio frénico produce neuralgia diafragmática, disnea espasmodica, y algunas veces

po, los puntos dolorosos son característicos.

La palpación y percusión al igual del tórax, en el abd. douen suministra algún dato que coadyuven al diagnóstico. En ocasiones los ganglios cancerosos forman casi por completo la masa neoplástica.

A este propósito podemos recordar un caso de la Facultad de Medicina de Zaragoza, Clínica de Patología Médica, recogido durante el curso de 1898 a 1899.

N. N. hombre de 49 años de edad, casado, natural de Zaragoza, profesión jornalero, temperamento no marcado, con formación y constitución medianas, antecedentes individuales y familiares sin importancia; conmemorativo patológico. La afección se presentó seis meses antes de su ingreso en la Clínica, con dolores en el hipo epigástrico y en la parte superior del abdomen, poco intenso pero continuado, y sin estar influenciado por la ingestión de alimentos. Ha ido el dolor a mas hasta estos dos últimos meses, que revistió mayor intensidad. Constipación y evacuaciones de 4 a 6 al día. Observado en la primera semana presentaba dolor muy aumentado en el hipo epigástrico que le impedía el reposo durante la noche, en el transcurso de la dolencia continuó la diarrea que ha llegado hasta 18 deposiciones, siempre líquidas, amarillentas, sin cólicos, purgantes violentos. Apetito disminuido (lengua ca-

47
lural, digestiones fáciles, color pálido aspecto coqueceto. Al nivel del
umbiligo se siente un tumor duro, poco doloroso a la presión, que desa-
paresce bajo las costillas, animado de pulsaciones sin interrupción, sólo
sistólica a su nivel, sobre todo en la línea media. Abdomen ligeramente
hiperestesiado, poco hinchado, nada de oleada, sonoridad por todo. Diag-
nóstico neoplasia intestinal. El 7 de Abril succumbió al esfuerzo a una
violenta hemorragia gastro intestinal.

Autopsia. Abierto el abdomen se comprueba, que el colon
transverso dirigido hacia abajo se encuentra muy cerca del nivel de la
línea media transversal. Estómago distendido por sangre y gases,
deducido hacia la caja torácica, entre el borde inferior del estó-
mago y el colon se encuentra un tumor voluminoso, aplicado contra
la columna vertebral e independiente del estómago, dentro de esto no
hay ni úlcera ni cáncer. El tumor es de voluminoso como dos pu-
ños comprende sobre todo ganglios neoplásicos, encerrando al píloro
el duodeno, la primera porción del yeyuno. Dos ganglios están re-
blandecidos, obteniendo a la presión un jugo espeso. El dedo apenas
puede entrar en la luz del intestino, forma fistula bífida
pone en comunicación dos porciones de este mismo órgano que es-
plican las evacuaciones licuáticas. No pudo hacerse el diagnóstico
microscópico pero por el examen macroscópico, un carcinoma o

adeno carcinoma,

Juicio clínico; Además de la influencia que los ganglios linfático-aórticos o abdominales han ejercido para englobar las restantes vísceras inmediatas, y el papel de cicatrización continuada así como de homogeneidad para el tumor, han impedido la extirpación y contribuyen grandemente a hacer operables estos cánceres del intestino, no de otro modo podría M. de Nobis presentar 12 curaciones, según 20 casos que al final de su estudio agrega.

Ya hemos establecido que el cáncer no provoca solamente alteraciones en los ganglios vecinos, sino también en los alejados, dando origen a adenopatías a distancia que marcan un grado más avanzado de la invasión cancerosa, y sobre todo de generalización. Estas son de conocimiento relativamente reciente, mencionadas por Jherodi, Friedreich, etc, han sido estudiadas por Maraud y Delin, y han atraído la atención después de las publicaciones de Friedl sobre el valor de las supra-claviculares. Fácilmente se supone que estas adenopatías externas tendrían escasa significación fisiológica tratándose de cánceres externos, y todavía menos, si este va seguido de otras directas o próximas, pero muy incierto es intentar, lúctente, de diagnóstico nosológico dudoso. A veces son el guía para el sitio del tumor primitivo, pero no hay

49
que llegar a deducir como en la conclusion de la tesis de Belin
que hayau de ser interpretadas por necesidad como signos de
cánceres. Las mas estudiadas son las claviculares, axilares, e in-
guinales, por ser las restantes muy dificilmente interesadas, alguna
por excepcion grandisima como la espirocleava señalada por Froi-
zier en un cancer de riñon. Precisemos su valor clinico.

Las inguinales son por raras de defusa y barrena el
frecuente contagio de las infecciones sifilitica y venerea en los or-
ganos genitales, de poca utilidad como referencia para el
diagnostico de los neoplasmas cancerosos en la parte inferior abdo-
minal, pueden dejar esclerotizados alguno o algunos ganglios, prin-
cipal inocuamente, y siempre sera ineludible la exploracion
permanente del recto, testiculos, pene, y miembros inferiores por
que sus afecciones podrian ocasionar adenopatias en esta region.
Verdad evidente que los procesos agudos, aun cuando sean los
anteriormente enunciados podrian otro cortejo de sintomas,
y el tiempo de permanencia en el estado o modo de curacion,
podran ~~La~~ referir a afeccion anterior.

Respecto a las de la axila tienen tambien apre-
ciacion poco positiva, no solamente por las transformaciones de tem-
peratura que los procesos de los miembros superiores y glandula mamaria

principalmente esta ligazón podrido dejar, sino porque su conta-
minación en el cáncer visceral es rara, y por lo que respecta al del
pulmón, faltan datos felicitantes y espantosos suficientes que in-
dujeran a darles valor, de alguna importancia.

Las supra y sub-claviculares tienen una importancia,
constituyen un signoble gran interés declarado por Troissier y seña-
lado ~~con~~ con su nombre. Asientan en la inmensa mayoría de los ca-
sos en el lado izquierdo, su frecuencia es grande, y acompañan
de preferencia al cáncer del estómago, más que al de observar-
seles en los del intestino, ligamento, etc. la causa que puede con-
fundirlos (la tuberculosis, el cáncer, el ferret, el ginec, etc.) Pero esta
se propaga mas fácilmente, y forma una cadena o ro-
sario, asientando primero como tumoración difusa, y luego acom-
pañada de trastornos generales tuberculosos. Como a la vez
de buena cuenta, podría traer a este sitio un caso observado por
mí siendo de partido, sancionado el diagnóstico posterior-
mente por el curso y la finalización, y como que no pueden apenas
confundirse, dice Troissier de las supra y sub-claviculares que
el indicio de generalización del cáncer, y contra indican toda ope-
ración quirúrgica, lo mismo cuando el principio de la afección pa-
rece relativamente reciente y su modo de producción se refleja
bien por contaminación de los ganglios del mediastino, bien

por cauterización del canal foráneo, o por embolia a distancia.

Todos estos grupos adenopáticos, siquiera no difieran más que un ganglion inguinal, tendrían su significación positiva verdadera cuando mediante algún medio no muy conocido pudiera obtenerse certeza de la existencia neoplásica, pero como el cortejo de caracteres expuestos son idénticos a los presentados por los directos, hay que reiterar lo expuesto anteriormente. Para darles mayor valoración se luce intervenir a los poco puntualizados trastornos generales, revisemos lo que en la actualidad se expone e indaga.

El color amarillo pajizo se tiende a presentarse con especificidad en la dolencia oncosómica, constituye un indicio, porque hay necesidad de discriminarlo con esos matices tan apropiados del aumento en ciertas infecciones e intoxicaciones, del sub-ictérico, etc.

El prurito y prurigo son más que acompañantes, prurito, coincidencias de trastornos, y algunos pretenden que sirva como dato.

La orina líquido vector de gran parte de las eliminaciones ha sido investigada cuantitativa y cualitativamente, y después microscópicamente, o sea su grado de concentración molecular determinando el punto de ebullición. Con referencia

a los dos primeros extremos y basándose en estudios corres-
pondientes a los Doctores Duclay y Carin. Mejos de confesar
que no aportan sintoma característico desgraciadamente, porque
lo lipio-aroturia no es constante entre los caucásicos, y talu
puesto como la nutrición está asegurada por un régimen con-
veniente, la aroturia es normal, entre 18 y 25 gramos. La ure-
cia admitida por los autores franceses es de 20 gramos. La li-
pio-fosfatúria e lipio-clorúria como desmineralizaciones que re-
presentan, en afección larga de ordinario se observan, pero sin ser
permanentes para servir como válidos diagnósticos. La orisco-
pia aun haciendo omisión de lo complicado de sus circuitos
ingeniosos, para las exigencias clínicas les ocurre lo propio.
Ya no aplicada a la orina, sino a la sangre, ha preten-
sido Von Kossigi apreciar la diseminación del punto de coa-
gelación por lo que respecta a los tumores malignos y sus
metástasis, pero segun Kummell esta no se aprecia mas
que en el momento en que la coagulación ha llegado a su gra-
do mas culminante.

Y pasemos ya a la investigación hematológica.
Desde ha tiempo se había señalado que la sangre de los tumo-
rosos presentaba cierto grado de leucocitosis; los estudios se habían
hecho mas en especial por Hayem y sus discípulo Alejandro y

ultimamente para el cáncer del estómago de preferencia por Stout y Volot, y para las neoplasias en general por Jacques Félhol (1901). En su resultado se ha querido fundamentar la intervención o no intervencian operatoria, así formula su conclusión Mickulicz diciendo que "cuando la proporción de hemoglobina es muy débil por debajo de 40 por 100 no debe operarse" entre los casos observados por Jacques Félhol los hay con irradiación ganglionar, es un hecho indudable la disminución del número de globulos rojos, anemia globular ercintte, e hiperleucocitosis. Además de esta modificación cuantitativa de los globulos blancos hay otra tardia que sobreviene en el periodo de cachexia, y consiste en la aparicion de leucocitos translucidos vacuolares, y cargados de hemoglobina como en todas las anemias considerables. La leucocitosis es una enfermedad de la sangre. Los leucocitos significan como sabemos reacción de defensa, sin caracter específico porque se producen lo mismo en las infecciones. Entendemos por leucocitosis una cifra al menos igual a 18 ó 18,000 por m. m. c.) constituyen los polinucleares aquellos que dan la fórmula habitual leucocitaria, los que el organismo lanza en seguida contra el elemento invasor. Todo ello habla, y arguye en favor de la intervención; pero los mononucleares indican una reacción mas local, la reacción ganglionar, su proporción es

54
elevada, mayor en los casos de neoplasma, con invasión de las glándu-
las linfáticas, y de una manera general todas las veces que los ganglios
están en cuestión atacados, y considerable en los tumores de evolución re-
pida. Posteriormente para el fin hematológico se distinguió entre el epitelioma
y carcinoma, con el sarcoma, ha expuesto que en este último, la
fórmula es hiperleucocitosis sin anemia, lo mismo que en las infeccio-
nes, y cuando es muy intensa se purra en constituida, en los primeros li-
perleucocitos y anemia globular esta muy evidente. Todavía muy
recientemente han dado, con el nombre de leucocitosis, los ^{Dr.} Boeser
y Bouste el resultado de la investigación de las células neoplásicas en
la sangre, tomando 20 gotas de sangre en 15 c.c. de agua rectificada
a 1% y dicen haber observado leucocitos linfáticos en Kaposi-
sis en un caso de linfo-adenoma, voluminosas células sarcomatosas
en un caso de sarcomatosis generalizada, y nada en los epiteliomas y
carcinomas. Esto podrá ser útil al diagnóstico aun cuando sea por exclu-
sion.

En resumen y a de la hematología, habra de decirse
que no resume todo ello sino interés relativo relacionandolo con los
antecedentes, marcha del proceso consecutivo neoplásico, trastornos
del tumor primitivo, etc, en la imposibilidad de no tener trastorno ge-
nérico y típico, casi tanto como el examen histológico, si dicho fuera
factible. Hay necesidad de aunar, reunir, construir, por esto he agre-
gado al lado de los casos clínicos, todo lo que hasta hoy puede servir de
medio para su reconocimiento, dejando a tras la crítica negativa que

mas facil de llevar no puede darnos un medio de progreso.

55

III

Diagnóstico.

Enumeradas en el capítulo anterior las dificultades que la materia de por sí tiene, trata de relacionarse el diagnóstico con todo aquello que pueda darnos una nota de diferenciación, lo mismo en lo local que en lo general, con este objeto y para el mejor orden de dividir el trabajo de esta parte del tema todos enunciados. 1.º Diferenciación de las restantes formas morbosas en que la confusión puede darse. 2.º Entre las adenopatías entre sí.

1.º Diferenciación con los tumores y neoplasias en que por los caracteres del ganglion concreto, aislamiento, movilidad, densa, clara que superficial no dolorosa por sí, generalmente únicos, con crecimiento gradual, etc pueden confundirse.

Designaremos en primer término los quistes, bien sean sebáceos, bien seroideos, los primeros son blancos de esa blancura especial intermedia, con adherencia del polo superficial, recayendo en sitio apropiado y con independencia de los territorios ganglionares en sí en absoluto. Los segundos tienen asiento especial, son principalmente congénitos, presentan un pedículo profundo más o menos largo que le sirve de medio de unión fijándose en general a una superficie ósea, deducen pues muchos distinguos pueden establecerse entre unos y otros, y entre ambos con las adenopatías en cuestión, si

bien conviene no prescindir del recuerdo anatómico para unas 56
contadas regiones anatómicas como la céntrica y ejemplo etc.

La hidradenitis no tiene por su blandura adherencia
y evolución, semejanza con las adenopatías. Podemos tratarla del tu-
berculo subcutáneo doloroso, constituido comúnmente por un fibro-
ma; por otra clase de tumores, pero como su nombre indica
el dolor de una aguijón grande, iniciado antes de que se produzca el
abultamiento, el tumor crece clínicamente al nivel de la cara interna
de la tibia, pues son raras las de la mano y pre-articulares alja-
toda duda. No puede ser confundido con el lipoma, aun en el caso de
que la reunión de varios ganglios quisiera aparecer como de aspec-
to lobulado, los signos blandura, extensión, crecimiento y separación,
son perfectamente distintos, y sobre todo tendremos sus caracteres con-
trarios en el crecimiento, que de sobra conocido puede alcanzar tamaño vo-
luminoso.

Si se trata del micoplasma en la forma no polifora,
cuando no adquiere gran tamaño y queda parecido a un ganglione, siem-
pre es blando y fluctuante semejante a los quistes, y si agregamos la
existencia de pedículos, se tendrá la diferenciación hecha.

Todos estos caracteres confunden que a estas veces cum-
plidos y tiene mayores dificultades la aplicación que la observación di-
recta, caso de presentarse los diagnósticos sumamente complejos por
lo difuso y oculto de la neoformación, son excepcionales, y en cambio
de examinados en la práctica se retiene la impresión perfectamente.

37

Cierto que en el diagnóstico no debía darse cabida a las enfermedades & tumores subcutáneos, que presentándose en una sensación particular de resistencia, deformidad de articulación o articulación, van precedidas o acompañadas de síntomas generales, como aumento, dolores articulares, inefortuna funcional de los miembros, calambres, siendo caso omiso de la especialización local.

Lo de precisión bastante señalada y es particularizar buscar la existencia de neumas en la lepra para diferenciarlos a estos distúrgos, cuando sus trastornos de sensibilidad y trofía, acompañados de mandras, erisipelas, etc hablan tan claro, hablan de sus propias expresiones clínicas tales simultaneidades.

Ya no puede expresarse lo mismo de los gomas, y sobreentiendese que no me ocupo de los dermias adhibidos a la piel ni de los lipodermias, que naciendo en medio del tejido celular, el cual le forma una cubierta continua de grosor variable, constituyen entidades sólidas al principio, y diferenciables de la adenopatía cuando se vuelven semilíquidas o líquidas mas tarde, llegando a poner la piel raja, delgada, y ulcerarla. Por su forma seo muy próximo con estos. Ha valido a los tuberculos subcutáneos el nombre de tuberculos gomosa, los cuales tienen gran tendencia a invadir la piel, residiendo con preferencia en la cara y partes descubiertas, por lo que significan porque en presencia de un vaso linfático o ganglio del cual

mo sistema forman linfangitis tuberculosas de mordida aguda.

Algunas veces que el ganglion canceroso caseificado gana los tejidos circundantes, y ulcerando e indurando la piel desplaza de su vida a los elementos de desintegración celular, con sus detritus y jugo canceroso, a la vez que los globos formados por coque de células epiteliales queratinizadas, con su fondo lleno de fungos y maderados, y sangrando con facilidad, tal vez con el siguiente de flejor y gangliones de la misma índole, con síntomas locales del sitio en que el tumor crece, y color, coque y otros no creo que exijan un recuento o revisión de las adenitis infecciosas supuradas, del flemon, de la actinomycosis, con sus trayectos fistulosos, su presentación de coque de células amoratadas sin semestros, etc, etc. serían redundancias innecesarias de un episodio de la lógica de los hechos patológicos. Podrá objetarse que en presencia de casos simultáneos de tuberculosis actinomycosis y otras infecciones se sumaran las dificultades como así es cierto, teniendo que recurrir a una más fina observación, a un detenido examen de la sintomatología general y local, al examen bacteriológico de la sangre, y a cuantas averiguaciones puedan suministrar dato alguno. Para unir las al testimonio confesando que fatalmente no tendrían estos casos sino probabilidades en contra para el resultado del tratamiento.

2.º Diagnóstico de las adenitis entre si.

Mas que perplejidad es confusión lo que reina, y se suscita en esta parte de la Ginnasia, auro por tender demasiado al análisis buscando distinguir entre formas patológicas que aunque por diversos agentes producidas tienen reacción idéntica, habiendo necesidad de la síntesis en este como en otros puntos para la finalidad Clínica que es en resumen el objetivo que ha de inspirar todos nuestros trabajos. Las clasificaré por lo tanto entre re-
nes A. Infecciosas B. Neoplásicas, C. Imitativas.

Entre las primeras o infecciosas es donde tiene verdadera representación la adenitis aguda, bien que no recorra siempre todas sus fases, sea superficial o profunda, y se detenga antes de supurar, dependiendo de la intensidad de la causa infectante, de la contigüidad o de la continuidad del foco, si no es primitiva, y de las resistencias orgánicas. Pero para el caso del cáncer hay diseminación de esta aguda, recordese lo que decíamos en los dos primeros capítulos y que no copiamos para no incurrir en repetición, que acentuara las dificultades de diagnóstico. Lo mismo aquellas infecciones supuratorias de localización indiferente como estreptococia, estafilococia, coli-bacilosis, etc, que las específicas por ejemplo, disenteria, peste tifóidea, que las probablemente específicas rana, etc, dan origen a la inflamación de la

60
glandula linfática, con sus caracteres de dolor mas o menos con-
tante o acentuado, espontáneo, formas ovoides, evolución y creci-
miento rápidos, con tejido periganglionar pastoso, acompañado de
síntomas generales, y todavía mas si el periodo congestivo va a su-
cederse con el supurado. Todo esto pende por lo común de intensidad
en el sujeto canceroso y las adenitis infecciosas se acercan a este tipo
de urdido sub-agudo que es lo que normalmente ocurre con la
tuberculosa y sifilitica.

La tuberculosa, mas característica cuanto mayor
sea la tolerancia organica, es indolente en su presentación para vol-
verse por lo general dolorosa, amfibia, elástica, no movable, propa-
gada a todo el grupo o linfa ganglionar y nunca separada de
reacciones con elevaciones de la temperatura, aunque escasas, mas
seguras con la tuberculina, (no linfa para este estado) y sínto-
mas como los sudores, tos, casi siempre persistente, etc. todo el co-
rtejo de trastornos en tal estado. A esta pues habra de referirse el
desquostio pretendiendo llevarla despues entre ella con las resten-
tes infecciones, que aunque no llegue a conseguirse, ya sera un
diso el llegar a la aprobación de la infección.

Para la sifilitica en su verdadera afección cuando
invade el grupo ganglionar y produce uno mas voluminoso el gan-
glion subaroldico de Picot. directo, en compañía de la roseola, pla-
cas mucosas, dolores ósteocefalos, etc, podra ser diferenciada no asi mas.

do en estado de enucleación permanecieron esbozados, que siempre habla que apoyarse en indagaciones de interrogatorio. En todas podemos ensayar el tratamiento de no poder ser corroboradas en la ablación.

B. Neoplásicas. Para hacer mas elucido, no tan didáctico el subgrupo este, habría que resumirlas en conjunto, porque algunos ganglios neoplásicos primitivos que se tuvieron al principio por linfomas, no fueron en realidad mas que sarcomas, verdad que los primeros no tienen nada de específicos, y es muy racional que sea separando con el tiempo de lo neoplásico e intercalado o lo infeccioso. No causa nada de característico, hay que buscar la debilidad extrema del enfermo que lo padece, el tinte palido, no amarillo, pálido de los enfermos caquéticos, la exploración de los órganos hematopoyéticos, la elevación de temperatura en cada nuevo brote, y la regresión posible mediante el tratamiento tónico medicamentoso, ~~no~~ coadyuvando e influyendo activamente, aumentando se pongan en marcha sus acciones, las inyecciones intersticiales. Estas pueden constituir si la primera de solventar la enfermedad no se viere indispensable, un medio de diagnóstico que sino hacen desaparecer en absoluto las adenitis, las disminuyen en volumen, aquí se usara uso del lío de Fowler, por ejemplo para el linfo-adenoma, y de la tintura de iodo para las infecciosas e irritativas.

Acemos hablando del linfo-adenoma, en la adenia

general. El diagnóstico se hace mediante como un caso de leucocitemia. Frecuente es la generalización del sarcoma por los conductos linfáticos, y por lo tanto su asiento ganglionar, si se efectúa y el tumor primitivo no recae en huesos, músculos, etc. órganos o regiones que exteriormente puedan inducir a sospechar su naturaleza, no podrán ser diagnósticables y diferenciadas de las cancerosas, de no recurrir al tratamiento, sistemáticamente se cura lo propio si la neoplasia radica primitivamente en la glándula linfática, en que se aminoran las mismas incertidumbres, porque su modo de invasión aunque peculiar no puede utilizarse, tendrá que ser considerado de idéntico modo que el linfo-adenoma. El autor ha tenido ver que ciertas enfermedades infecciosas intercurrentes eran favorables para su curación, y en especial la erisipela, según Thierck y Neisser por autogérmico bacteridiano, según Sars por las Toxinas, etc., lo cierto es que en unos casos bien mediante productos de secreción de los estreptococos y sus cadáveres, bien con toxinas del estreptococo asociadas, después con la seroterapia, se han obtenido sino en general mejorías completas parciales estas al menos muy señaladas. Aplicadas al cáncer últimamente en Nueva York por el doctor William Bradley, no resulta casi nada o nada influido, el resultado positivo para el sarcoma; he aquí algo verdaderamente asombroso para la diferenciación. William Bradley según describe

63
utiliza cultivos virulentos del estreptococo de la erisipela, exalta-
das mediante la adición de las lagunas del bacillus prodigiosus. Es
de sentir que no pueda tener fácil aplicación a la práctica por las di-
ficultades de laboratorio, pero ya hemos citado los resultados en algu-
nos casos por los rayos X y esto sí que puede entrar fácilmente en
el diagnóstico. Ajustada la localización y anglicuar del condotio-
rio con producciones lineales a una forma sumamente excep-
cional, no han de presentar interés clínico, de encontrarse se refe-
rirán en un todo como así es su arquitectura a los epitelio-
mas. En cuanto a los condromas, como la invasión rara de los
linfáticos no puede acomodarse a observaciones concluyentes, ca-
be sospechar si se trata de variedades mixtas de condromas aso-
ciados con sarcomas.

C. Aderopatías imitativas.

En este grupo tienen cabida las discutibles traumáticas,
por acción del frío, así como las producidas directamente por apar-
tos, contactos, frías, conocidas por aderopatías profesionales de
Jusselibauer, las por lesión dérmica antigua, las esclerosas del vie-
jo y del adulto, etc. en general puede decirse que se subordinan a
las dos formas, la lipertrofia ganglionar y la esclerosis, aque-
lla inicial de algún mayor volumen, esta última por ende
menorada, conculiva, de menor tamaño que el ganglio neoplásico

que lleva un tiempo de evolución y fuera del carácter de per(64) sistencia no se acompañan de ningún trastorno. acaso bastantes de ellas hayan tenido su origen en la iniciación de tuberculosis linfática como las define Grainger, otras esclerosas seran vestigios de infección sífilítica, venerea, etc. Como la linfopertosis se presenta en muchas ocasiones como defensa al principio contra el cáncer, la ulterior evolución podría hablar para distinguirlas, pero preventivamente en la operatoria habrán de considerarse como agredoras para la separación si se hallaren contiguas o inmediatas, en virtud de la imposibilidad, a no ser microscópicamente, de diferenciarlas. En resumen en estos antecedentes datos y escrupulosa observación se cologen no han de sobar para el diagnóstico entre las adenopatías.

V

Prognosis y tratamiento.

Como ha de anunciarse la gravedad para el pronóstico de la presentación del cáncer en la glándula linfática, si sea en el principio de la generalización del virus! ahora que sea directa o a distancia, enerrará todavía resultados muy puestos en corto tiempo, y con una o ninguna probabilidad para

el tratamiento quirúrgico. Si se acompaña de botes o inguertos en los
vasos o vías linfáticas hay que reiterar la gravedad por las razones
patogénicas enumeradas. Los supra-claviculares son tenidos por
sigmo precursor de muerte en breve tiempo. Mas no siempre queda tan
sumergido el pronóstico del enfermo, como de cáncer melanóico con pro-
pagación a las axilas se citan sostenidas su curación por algunos a-
ños. N. de Gobis otro de carcinoma del ciego y colon conductos ta-
lis ganglionar prolongada la vida después de 6 años etc bto uos
la regular porque las recidivas prontas son lo general, pero la
curación conseguida por algunos tipos es siempre conquista científ-
ca y reduce el fatalismo.

Hay que mejorar en el pronóstico, la clase y variedad
del tumor, la flegma pto o nudo numerosa de las glándulas
linfáticas irradiadas, la región, los botes a distancia etc, aun cuan-
do no quiescan optimizados en la actualidad para la curación en
absoluto, la investigación perenne cabe que haga por lo menos au-
mento en los relativos, y siempre sea un bien de alta humanidad.

Tratamiento

La electricidad ni aun mediante la obtención de los rayos cató-
dicos ejerce acción ninguna sobre las metastasis ganglionares, ni
sobre las no glandulares, segun lo observado en el Norte de América.

por el Doctor Francis Munde, esto queda relegado para el sarcoma como decíamos en otro lugar.

Hasta hoy no podemos presentar acciones favorables para nuestro cometido por las sales de bario y radium, cuya radio actividad es propiamente 200,000 veces mayor que la del uranio natural, ellas segun destruyen el dermis y epidermis asi como traban y dificultan las organizaciones y existencia de las asociaciones microbianas, pero todavía falta de estudio y aplicación.

La extirpación del tumor inicial junto con lo metastásico continúa siendo el tratamiento para conseguir por lo menos una remisión tardía; si hoy se discute para el mismo la cura pronta o se deja una intervención, por suponer que la seguira, paula, o rápida reproducción puede estar relacionada con la exposición inmediata o después de algun tiempo practicada, no cabe esta proporción para la adenoapatia de la misma clase, que debe retirarse pronto, si alguna de las causas contra indicadas no se ejerce en contrario.

Si son accesibles los ganglios a la operatoria o esta puede ejercerse sin inminente riesgos no está contraindicada la terapéutica quirúrgica, el Dr. Langemann de Berlín dice que es especialmente en las neoplasias pilóricas la ausencia de metastasis ganglionares, lo cual no impide el feliz resultado en bastantes casos. Las seducciones las haraba ultimamente de 20

enfermos de estómago en que hebia examinado 189, acañis, en el curso de las intervenciones. Mas aun con todo las causas indicaciones son contumaces en su mayoría, condiciones individuales por estado general, que tan dable es encontrar en estos enfermos por su abocamiento a la reja, lo local para ciertos órganos, el abarcamiento de la lesión primitiva que presupone operación oscura, y que acaso ha de facilitar la difusión o generalización rápida, la escape por inducto, las variedades que el cancer sufre, por ejemplo los cánceres sustitutos no son de posible extirpación como advierte Delbet, la ulceración e infiltración de los tejidos inmediatos al ganglio canceroso, la presencia de adenofibrosis a distancia que impide en absoluto, los botes en los vasos aferentes o eferentes, son circunstancias muy limitantes, y algunas de orden frecuente por sergracia.

Decidida la ablación se realizará atendiendo a la ~~irresistibilidad~~ de la producción de las heridas, y por lo tanto sirviendo como útiles de los dedos, mango del bisturí o escarpelo, espátula, etc mejor los primeros que permiten extraer el ganglio sin incisiones de peligro inminente y posterior. Los instrumentos y mas en especial la espátula se hacen necesarios cuando el tejido celular es muy resistente, en esta forma las he visto practicadas y reconocidas por mis Maestros.

No ya lo adenopituitario numeroso que tiene manifestacion al exterior, sino aquello que puede estar invadido o es tocado por las fucias si es asegurable debe siempre retirarse por la extraccion, es una seguridad de la cual no debe prescindirse. Cuando despus de una extraccion algun ganglio se reanforma de nuevo es preciso extraerlo, espone el D^r Le Deuter, porque serviria de propagacion como una comiente. Consecutivamente las recidivas se van alejando a medida que transcurre mas tiempo desde la fecha de intervencion, es de decision que camufunda la estadística.

Como tratamientos paliativos para las lesiones numerosas, instituidos en estos ultimos tiempos, y que pueden aplicarse de idéntico modo al ganglion, referiré los toques con a. Drevalina para las ulceraciones que se agravan en abundancia al 1 por 100 remida preparada, suspendiendole su empleo cada tres o cuatro sesiones para evitar los efectos tóxicos y no haciendo inyecciones intersticiales que aumentarian el tumor de volumen (M. Malin) el formal. usado por el Medico Sup^r D^r A. F. Powell mediante las Inyecciones enjapadas en una solucion de formalina a 2 % se remueve cada 6 horas. Dice que al cabo de 24 horas se ve desaparecer la secrecion fetida y al cabo de 48

7 días el tumor se vuelve friable y sensible, formando una línea divisoria entre la masa caudosa y los tejidos sanos, Natural que habran de estar tambien ulcerados.

Dandoles mayor alcance exponen los D.^{rs} Von Lappeier y Josionet los resultados para las ulceraciones con la dosis, sustancia fluorescente que actua quirurgicamente sobre los elementos celulares, las teginas y los fermentos. Cubadurvan frecuentemente las partes enfermas con una solucion acuosa de eosina a 1% y la exponen luego a los rayos solares o a la luz de una lampara electrica. Durante la noche la lesion debe estar protegida por una cura a base de agua boracada, o sumergido a base de oxido de zinc. Etc, etc.

Finalizado el trabajo de exposicion no se vea en el fin el buen proposito que me ha guiado, para contribuir y reanar sobre materia tan poco fructualizada. Conferendo eficazmente las ciencias auxiliares, a la investigacion con las biológicas, es de esperar que entre todas con una observacion detenida y el experimento continuado se dilucide para bien tan nebuloso punto nosológico como es el cancer.

VI

Conclusiones.

- 1.^a El epiteliooma y carcinoma son las neoplasias perfectamente comprendidas y definidas dentro de la acepción clínica cáncer.
- 2.^a El agente sea parasitario o de otro género que determine la alteración primitiva de las células epiteliales, se desconoce todavía.
- 3.^a Las circunstancias individuales contribuyen a la más pronta evolución e invasión ganglionar pero no las modifican eficazmente la clase de neoplasia y variedad dentro del epiteliooma y carcinoma.
- 4.^a No es fatal que la presentación de adenopatías en el curso del cáncer sea por infección cancerosa, ni la frecuencia es siempre constante.
- 5.^a Los brotes secundarios ganglionares están producidos por la emigración de la célula epitelial.
- 6.^a La vía que sigue la célula epitelial para generalizar la afección es coetánea y principalmente la linfática, no sin que deje de poder hacerse por la sanguínea pero excepcionalmente.
- 7.^a El ganglion ofrece la resistencia a la invasión cancerosa igual que lo ofrece con las infecciones.

71

8.º En la glándula adenopática se reproduce el tumor inicial con mayor o menor típicamente, después queda parcial o totalmente destruida.

9.º Las funciones histológicas celulares exaltadas en la reproducción neoplásica ganglionar a semejanza del embrión, quedan patentes mediante la reacción glisgética de Orsell.

10. Al cáncer primitivo ganglionar (epitelial y carcinomatoso) según las deducciones etiológicas pero como principal raro lo patológico, no debe darse carta de naturaleza.

11. Los caracteres locales y trastornos generales de las adenopatías cancerosas son poco precisos, adquieren alguna más significación en los directos.

12. Las producidos a distancia pueden tener valoración en algunos casos de cáncer interno especialmente.

13. El diagnóstico diferencial de suyo debe hacerse apartando el mayor número de datos y observación primero con otras neoplasias eólicas con que puede confundirse, después con las restantes adenopatías.

14. El pronóstico es gravísimo.

15. El tratamiento de que se dispone es la extirpación

Zaragoza 30 Marzo de 1904

Ignacio Sáenz



Admirable
Feuvalles

Admirable
A. Hon. Pineda

series
and

Realien en dicho dia el ejercicio
del grado de Doctor en Medicina y
la calificación aprobada

Madrid 24 junio 180

A. Hon. Pineda

Adon Sanchez

Guillermo Calvo

S. H.
Feuvalles

Amelia Lora